

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-763330

134369

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10817 Société : R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : DR IOVICHE Yed EL Mekhelli

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

159,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/08/22

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01.06.22	GS	G	G	INP : 07505 WAF Dr. EL MOURAJA Hôpital de la Santé mentale

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSKHAL Lamamra - Casablanca Tél. 03 22 55 23 11 03 22 55 23 11	09/08/82	159,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est pré de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																						
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		25533412 21433552		D		00000000 00000000		B		35533411 11433553		G				
	H		25533412 21433552																			
	D		00000000 00000000																			
	B		35533411 11433553																			
	G																					
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						

Casablanca, le : 09.08.22

ORDONNANCE

Docteur : Dr. EL BOUHRA

Dr. Bouchra LINA

80,00

1) ATRINAX 40 mg/ml

3

1 dose au poist. j. p.t 3j

3

193,00

2) OTRIVINE (pomme)

1 pulv / mouni

PHARMASIE ET HOPITAL
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA
Ouled Ben Ammar, Insaifi, Bouskoura
Nouvelle Casablanca
Tel : 05 22 59 23 15

60,00

3) ENTEROBERINA

159,30 1 ampoule le mi

DR. EL BOUHRA
Hôpital du 20 Août 1953

LOT: M0652
EXP: FEV 2023
PPV: 19,30 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Enterofermina, susp b 10 fl
P.P.V: 60,00 DH



6 118001 081653

UT. AV.: 04/2023
LOT N°: 1290116
P.P.V.: 80 00